PIO ISTITUTO OTOTERAPICO

CONTRIBUTO

all' estrazione delle monete cadute nell' esofago

PEL

DOTT. AMEDEO CAGNOLA

DIRETTORE

Estratto dagli Atti del XII Congresso della Società Italiana di Laringologia, d' Otologia e di Rinologia tenuto a Torino nel 1908

PAVIA

PREM. STABIL. TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI

1911

PIO ISTITUTO OTOTERAPICO

CONTRIBUTO

all'estrazione delle monete cadute nell'esofago

PEL

DOTT. AMEDEO CAGNOLA

DIRETTORE

Estratto dagli Atti del XII Congresso della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia tenuto a Torino nel 1908

PAVIA

PREM. STABIL. TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI

1911

CONTRIBUTO

all' estrazione delle monete cadute nell' esofago

pel Dott. AMEDEO CAGNOLA

DIRETTORE

Ho avuto occasione di osservare durante il corrente anno tre casi di penetrazione di moneta da cinque centesimi nel tubo esofageo. Si tratta di tre bambini, dei quali due mi furono condotti il giorno consecutivo all'ingestione della moneta, mentre il terzo la ospitava nell'esofago da nove giorni.

La mia pratica registra altri casi che io ebbi opportunità di osservare nel passato, sia come esecutore delle manovre di estrazione, sia come semplice partecipante all' atto operativo eseguito su pazienti non miei.

Rammento di un bambino, degente all' Ospedale Maggiore, il quale fu assoggettato all'esofagotomia esterna, dopo ripetuti vani tentativi di estrazione per le vie naturali, e che soccombette pochi giorni dopo. Serbo inoltre il ricordo di altre estrazioni coronate alla fine dal successo, ma dopo un così fortutunoso lavorio di uncino e di pinze da far quasi disperare della riuscita.

La memoria di tutti questi casi fa nella mia mente un vivo contrasto colla facilità colla quale mi fu dato di liberare dall'ospite molesto i surricordati tre pazienti.

Ho quindi creduto prezzo dell'opera discorrerne brevemente coi Colleghi qui riuniti, benchè si tratti di un vecchio argomento.

È intanto risaputo che di tutti i corpi stranieri dell'esofago i più comuni, sopratutto nei bambini, sono per l' appunto le monete e non vi è forse medico pratico che non abbia avuto occasione di cimentarsi nella loro estrazione.

Di fronte ad un bambino il quale abbia ingoiato una moneta il chirurgo deve anzitutto risolvere due questioni:

1°) Il disco monetato si è arrestato nell'esofago? A quale altezza?

2°) Quale metodo si dovrà seguire per la sua estrazione?

La risposta alla prima questione è oggidì fornita dalla radioscopia. Mettendo il bambino davanti allo schermo sarà facile in ogni caso percepire l'ombra bene delineata della moneta e segnarne i limiti sui tegumenti esterni del collo. — È a tutti nota la tendenza delle monete ingoiate a fissarsi in un punto d'elezione che corrisponde all'imbuto esofageo superiore. La moneta vi si incunea, adagiandosi col piatto parallelamente al corpo delle vertebre e innicchiandosi sotto il castone della cricoide. In alto la sporgenza di questa cartilagine, in basso il restringimento sottostante del lume esofageo formano i punti di arresto del disco metallico ingerito.

Per ciò che riguarda la seconda questione, ossia il problema terapeutico, ci troviamo di fronte ad una viva discrepanza di opinioni. Gli uni raccomandano l'estrazione per le vie naturali (Kirmisson, Broca, Felizet, Jalaguier, Piedchaud). Gli altri, con Sebileau, condannano il procedimento suddetto e consigliano di ricorrere in primo tempo e in ogni caso all'esofagotomia esterna. Altri infine, con Gross di Nancy, propugnano una condotta più ecletica, vale a dire che si debba tentare dapprima la estrazione per le vie naturali, riserbando il trattamento cruento ai casi in cui il primo tentativo sia rimasto infruttuoso.

Come si può praticare l'estrazione delle monete per le vie naturali?

Gli strumenti proposti si riducono a due tipi, pinze ed uncini. Dacchè Killian introdusse nella pratica il metodo diretto tracheo-bronco-esofagoscopico, questo fu subito utilizzato non solo a scopo diagnostico, ma anche come mezzo per poter estrarre i corpi stranieri dalle vie respiratorie ed alimentari sotto il controllo della vista.

A quale di questi differenti mezzi e metodi si deve accordare la preferenza nei casi particolari nei quali il corpo straniero è rappresentato da una moneta?

Le pinze, qualunque sia il loro modello, hanno tutto il difetto originale che le loro branche di presa debbono funzionare senza la guida della vista e del tatto. Cosicchè l'operatore, chiudendo le branche, non ha alcuna certezza di potervi comprendere il corpo straniero. Trattandosi di monete, le difficoltà della prensione sono anche maggiori, dato il loro abituale impegno sotto il castone della cricoide. Vi si aggiunga la facilità di fare delle false prese con danni magari irreparabili delle pareti esofagee, e si avrà la spiegazione dello scarso favore incontrato dalle pinze nella estrazione dall'esofago dei corpi stranieri in genere e delle monete in ispecie.

Colla applicazione della esofagoscopia diretta, parrebbe aprioristicamente di potere facilmente ovviare ai citati inconvenienti per cui venne virtualmente abolito l'uso delle pinze. Anch'io ho avuto questa fiducia ed ho fatto volentieri ricorso ai tubi di Killian appena l'occasione mi si offerse. Credetti di uscirne facilmente vittorioso, tanto più dopo i brillanti successi toccati al metodo di Killian in circostanze di gran lunga più gravi, quali l'arresto di pezzi d'osso nell'esofago, la caduta di pezzi di metallo ecc. nelle vie respiratorie. I fatti hanno smentito le mie speranze. Laddove la radioscopia rivelava l'indubbia presenza della moneta nell'imbuto esofageo, l'esplorazione alla Killian più volte ritentata non riuscì mai a rendere visibile e quindi nemmeno tangibile il corpo straniero. Le pinze introdotte nel tubo esofagoscopico non fecero che delle prese a vuoto. I tentativi furono praticati sotto narcosi e non si può quindi attribuire l'insuccesso alla indocilità dei pazienti.

Ho potuto invece convincermi che, date le peculiarità topografiche assunte dalla moneta dentro l'esofago, la pratica di Killian è fatalmente votata all'insuccesso. Quando il becco del tubo-spatola, superate le aritenoidi, viene spinto nel lume esofageo, l'asse longitudinale del tubo non forma un rettilineo con quello esofageo. I due assi si incontrano ad angolo ampiamente ottuso. Ne deriva che il becco dell'introduttore è obbligato nella sua discesa a scavalvare l'orlo superiore della moneta innicchiata dietro il massivo della cricoide. Il secondo tubo dovendo seguire la direzione dell'introduttore si inoltra fra la moneta e la parete posteriore dell'esofago impedendo quindi necessariamente la visione del corpo straniero. Questo

in ultima analisi viene, rispetto al tubo, a trovarsi collocato all'esterno e anteriormente. Di questo fatto ho potuto convincermi più volte. Epperò ritengo che l'uso dell'apparecchio di Killian, nei casi particolari in cui si debbano estrarre monete dall'esofago, non meriti di essere incoraggiato.

Laddove i tubi di Killian avevano segnato una sconfitta ha invece avuto facile vittoria uno strumento assai più semplice nella struttura e nell'applicazione, l'*uncino di* Kirmisson.

Con questa nota intendo per l'appunto di tesserne l'elogio.

Prima che Kirmisson facesse noto il suo uncino esofageo, presentandolo alla Società chirurgica francese (seduta del 23 Novembre 1898), il suo posto era tenuto, molto indegnamente, dal paniere di Graefe. A questo infatti vengono rimproverati dei gravi difetti che ne rendono l'uso pericolosissimo anche fra mani prudenti. Il difetto capitale è la facilità di produrre abrasioni o, peggio, lacerazioni della tunica esofagea. La cosa è nota ed è facilmente spiegata prendendo in esame la struttura dell'uncino e il suo modo di funzionare. Il paniere è articolato e dotato di movimenti a bascule sopra l'asse che lo regge. Immaginiamolo ora nel momento che agisce per l'estrazione di una moneta. Il paniere è passato tra detta moneta e la parete posteriore dell'esofago. Ritirando lo strumento il disco metallico resta uncinato dal braccio anteriore del paniere, il quale per tale fatto si inclina in avanti e addenta nell'ascesa il bordo inferiore della cricoide. L'estrazione diviene allora impossibile e chi commettesse l'imprudenza di tirare con forza non potrebbe fare a meno di lacerare il condotto esofageo. Il fatto si ebbe pur troppo a lamentare nella pratica e la morte è stata l'epilogo dei conseguenti processi flemmonosi. Motivo per cui il paniere di Graefe deve essere bandito come uno strumento pericoloso.

L'uncino ideato da Kirmisson, pur essendo ispirato allo stesso principio del paniere di Graefe, ne ovvia colla sua particolare struttura ai gravi difetti.

Consta di un'asta metallica piatta, la quale ad un'estremità si allarga e si incurva ad uncino, i cui contorni smussi ed arrotondati sono tali da non potere ledere in alcun modo le pareti esofagee. La piastra formante l'uncino ha una larghezza di 10 millim. e un angolo di apertura di millim. 5. L'altra

estremità termina con un anello per i bisogni della trazione. Lo strumento ha una lunghezza totale di 45 centim.

La sua applicazione, specie nei bambini, mi suggerì alcune modificazioni di struttura che ne agevolano il funzionamento. Così mi parve opportuno ridurre la lunghezza da 45 a 35 cm. e all'anello traente sostituire un manico a striature trasversali.

In confronto al paniere di Graefe l'uncino di Kirmisson presenta i seguenti vantaggi sostanziali.

1°) *Il minor volume.* Il suo diametro antero-posteriore è la metà di quello di Graefe. A motivo delle sue piccole dimensioni si può impiegarlo anche in bambini di tenerissima età.

2°) *La smussatura e l'arrotondamento dei bordi.* Questo fa sì che, comunque maneggiato, l'istrumento non possa produrre lacerazioni e nemmeno escoriazioni nel tubo esofageo. Può bensì urtare contro la sporgenza della cricoide, ma non assolutamente uncinarla. Per tale fatto l'estrazione delle monete risulta una operazione incruenta nel senso letterale della parola.

3°) *La fissazione dell'uncino all'asta di sostegno.* Qualità essenziale dell'apparecchio atta a sopprimere i ricordati gravi pericoli imputabili al movimento a basculle del paniere di Graefe.

L'uso dell'uncino di Kirmisson è dei più semplici.

Contrariamente all'avviso di Jalaguier, ritengo in ogni caso opportuna la narcosi del paziente, tanto più che si ha generalmente da fare con bambini. La posizione orizzontale non è di nessun ostacolo all'applicazione e al funzionamento dell'apparecchio.

Narcotizzato adunque il bambino e applicato l'apribocca, si introduce lo strumento sulla guida del dito indice sinistro, come si pratica nel sondaggio esofageo. L'uncino deve essere rivolto anteriormente e l'asta di sostegno alquanto incurvata. Si spinge gradatamente facendo in modo che la testa dell'istrumento mantenga il contatto colla parete posteriore dell'esofago. A 20 centim. dall'uncino si arresta la discesa, calcolando che la normale distanza tra la moneta e gli incisivi superiori si aggiri sui 15 centim. Generalmente lo strumento oltrepassa la moneta senza che l'operatore avverta alcuna impressione indicante la presenza del pezzo metallico. Il ritiro dell'uncino vuole essere eseguito lentamente, ponendo cura di mantenere il pol-

pastrello dell'indice sinistro appoggiato contro l'asta dell'uncino così che abbia a strisciare nell'ascesa lungo la parete esofagea posteriore. Con questa semplice manovra l'ansa uncinata rasenterà la parete anteriore ed aggancierà la moneta. L'operatore si rende tosto conto di questo fatto a motivo della resistenza incontrata nel sollevamento dell'uncino. Tale resistenza egli deve vincere con dei piccoli movimenti di trazione, estraendo prontamente l'uncino appena rimosso l'ostacolo.

Seguendo queste norme è raro che non si riesca al primo tentativo. Strumento e moneta non recheranno traccia di sangue. Questo procedimento, come si vede, è di una grande facilità.

L'istrumento che permette di realizzarlo è semplice e alla portata di tutti. È quindi da augurarsi che ogni pratico abbia nel suo arsenale chirurgico un uncino di Kramisson, la cui applicabilità non si limita al caso di monete ingoiate, ma di ogni altro oggetto di struttura analoga (gettoni, bottoni ecc.).

Se poi si considera che tutti gli operatori che l'hanno adoperato (Kramisson, Michaux, Schwartz, Félizet, Caubet, Bruca, Massei, ecc.) ad una voce lo dichiarano esente da pericoli, non parrà esagerato l'elogio che noi gli tributiamo chiamandolo *strumento ideale per l'estrazione delle monete dall'esofago.*

Dato questo nostro giudizio ne consegue che l'esofagotomia esterna deve essere considerata come un intervento di eccezione, da riservarsi ai casi di monete incastrate da lungo tempo nell'esofago e di altri corpi stranieri, particolarmente di quelli a superficie scabra e irregolare.